



Nashville Consortium of Safety Net Providers

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y
REVELACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE SALUD**

Al firmar esta autorización, yo, _____, autorizo a todas las organizaciones de los miembros del Consorcio de la Cadena de Proveedores de Cuidado de la Salud en Nashville (el “Consortio”) a usar o revelar la información acerca de mi salud como se describe a continuación:

- **La información que está cubierta por esta Autorización.** La información de mi salud que está sujeta a esta Autorización incluye toda la información de mi salud que es creada o recibida por un miembro del Consorcio, menos los siguientes:

 - **La entidades autorizadas a usar o revelar mi información de salud son:** Matthew Walker Comprehensive Health Center, Centerstone Community Mental Health Centers, Metropolitan Nashville General Hospital, Meharry Medical College, Metropolitan Public Health Department, Comprehensive Care Center, United Neighborhood Health Services, Faith Family Health Center, Baptist Hospital, Buffalo Valley Treatment Center, Centennial Medical Center, Samaritan Recovery Community, Saint Thomas Health Services, Pathfinders Incorporated, Tennessee Christian Medical Center, Mental Health Cooperative, Southern Hills Medical Center, Foundations, Vanderbilt University Medical Center, Meharry-Vanderbilt Alliance, Interfaith Dental Clinic, Siloam Family Health Center, LifeCare Family Services, and Catholic Charities of Tennessee (de ahora en adelante “los Proveedores”) están autorizados a usar o revelar la información referente a mi salud.
 - **El receptor de la información sobre mi salud.** Todos los Proveedores detallados anteriormente, están autorizados a recibir toda información pertinente a mi salud.
 - **El propósito del uso y revelación de la información de mi salud.** Los proveedores están autorizados a usar y revelar mi información de salud durante el tiempo de esta Autorización con el propósito de compartir la información de salud a través de Bridges to Care. Bridges to Care ha establecido un sistema electrónico con el propósito de recibir, guardar, y compartir información de cuidado de salud entre los Proveedores para crear un record médico común para mi persona. Debido a que todos los Proveedores detallados anteriormente participan en programa de Bridges to Care, yo los autorizo a usar, revelar, o recibir mi información de salud de/ o/ a Bridges to Care o otros proveedores de Bridges to Care con el propósito de crear o ingresar a mi record médico común.
 - **El tiempo de la Autorización.** Esta Autorización permanece vigente hasta que el programa Bridges to Care no preste más servicios a personas no aseguradas o a menos que sea revocada por mí mismo.

Yo entiendo que una vez que los Proveedores revelen información sobre mi salud a una tercera persona, cualquier revelación de la misma por esta tercera persona puede no estar protegida bajo de las leyes de privacidad federal y estatal. Sin embargo, cualquier destinatario de la información acerca del abuso del alcohol o drogas puede ser prohibido de revelar esta información del abuso del alcohol o drogas abajo de (Federal Substance Abuse Confidentiality Requirements) los Requisitos del Abuso del Alcohol y Drogas Federal Privacidad.

Yo entiendo que puedo en cualquier momento hacer una solicitud escrita a los Proveedores a revisar y/o obtener una copia de la información de mi salud y que los Proveedores después de haber recibido mi solicitud, durante los treinta (30) días consecutivos, se comunicarán conmigo y fijarán una hora apropiada para revisar y/o copiar la información de mi salud o me proveerán de copias de un resumen de la información de mi salud.

Yo entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización en cualquier momento por cualquier razón y que mi negación a firmar esta Autorización no va a afectar el comienzo, la continuación, o la calidad de mi tratamiento por los Proveedores.

Yo entiendo que los Proveedores no van a vender o recibir compensación por el uso o revelación de la información de mi salud.

Yo entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento y que una revocación no va a afectar el comienzo, la continuación, o la calidad de mi tratamiento por los Proveedores. Para revocar mi Autorización, entiendo que debo obtener un Aviso de Revocación (Revocation Notice) en la Oficina de Privacidad (Privacy Office) del Departamento de Salud Público de Metro (Metropolitan Public Health Department) y presentar un Aviso de Revocación completo al Metropolitan Public Health Department. Esta revocación se pondrá en práctica inmediatamente al recibir la Solicitud de Revocación o la solicitud por escrito dirigida a los proveedores, excepto que la Revocación no va a afectar la acción de los Proveedores en dependencia de esta Autorización antes de que reciba la Solicitud de Revocación o pedido escrito para revocar.

Yo entiendo que puedo contactar a la Oficina de Privacidad de Bridges to Care a:

DIRECCIÓN	Metropolitan Public Health Department; 311 23 rd Avenue North Nashville, TN 37203
NÚMERO DE TELÉFONO	615-340-5679
FAX	615-340-5665
EMAIL	tonya.ruttlen@nashville.gov

Yo entiendo que esta Autorización va a permanecer vigente hasta la fecha de expiración o a menos que yo presente y envíe una Solicitud de Revocación o una solicitud por escrito para revocar a los Proveedores a la dirección detallada anteriormente.

Yo he leído y he entendido las condiciones de esta Autorización y he tenido una oportunidad de preguntar sobre el uso y revelación de la información de mi salud.

Firma de Paciente

Fecha

Si el Paciente es menor de edad o no puede firmar esta Autorización, por favor complete la información abajo:

Firma de la Persona Autorizada

Relación

Fecha

Nombre en letras de molde de la Persona Autorizada

Firma del Testigo

Fecha

UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN FIRMADA SERA ENTREGADA AL PACIENTE.

